43e Année — N° 2. Vendredi 10 Janvier 1896.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Maladies des voies urinaires: De l'abus de la cystotomie chez les prostatiques, par le Dr Grandcourt, 17. — **Ophtalmologie**: Névrite optique d'origine cérébrale traitée par des injections de gaïacol, par M. Valude, 20 — **Bibliographie**: I. Les ophtalmies du nouveau-né, par le Dr Valude, 20. — II. Traitement des maladies des yeux, par le Dr Trousseau, 20. — III. Précis de thérapeutique ophthalmologique, par les Drs Landolt et Gygax, 20. — La question sanitaire dans ses rapports avec les droits et les intérêts de l'individu et de la société, par le Dr Julien Pioger, 21. — **Revue de la presse** : Le serum antistreptococcique, 22. — **Académie des sciences** : *Séance du 30 décembre.* — Présidence de M. Marey, 24. — Développement des vaisseaux lymphatiques. — Les origines de la théorie trichromique du nerf optique, 25. — **Académie de médecine**: *Séance du 7 janvier.* — Présidence de MM. Empis et Hervieux, 24. — **Congrès français de chirurgie** : Tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1895, 26. — Résultats du traitement chirurgical des affections non cancéreuses de l'estomac, 26. — Pérityphite à marche anormale. Laparatomie. Fistule consécutive due à la persistance d'un corps étranger, 16. — Sept cas d'appendicite traitésavec succès par la laparatomie, 27. — Du volvulus de l'S iliaque et de son traitement, 27. — Résultats de l'examen de dix mille observations recueillies à la consultation des bandages au Bureau central, du 4 février 1881 au 11 août 1884, 28. — **Société de Chirurgie**: *Séance du 8 janvier* 1896. — Présidence de M. Th. Anger, 28 — Injections intra-veineuses de sérum comme traitement de l'infection péritonéale grave, 28 — Un cas d'antéversion des dents, 29. — Un cas d'occlusion intestinale par enrouiement du mésentère et volvulus, 29. — Anévrysme du creux poplité. Ligature par la méthode d'Anel, 29. — **Memento pratique** : Traitement des engelures, 29. — **Variétés**: La Société médicale des Bureaux de Bienfaisance, 30. — **Nouvelles**, 30. — **Bulletin bibliographique**, 32.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

De l'abus évitable de la cystotomie chez les prostatiques

par le Dr P. de Grandcourt

La cystotomie, grâce à la facilité avec laquelle on la pratique, grâce aussi à son peu de gravité, a maintenant quelque tendance à devenir une opération courante. Quelques chirurgiens, et notamment ceux de l'Ecole de Lyon, en ont préconisé et vulgarisé l'emploi dans un grand nombre d'affections chroniques de la prostate. Et, loin d'être réservée à l'extraction des calculs et des tumeurs de la vessie, elle devient l'opération nécessaire toutes les fois que l'hypertrophie de la prostate s'accompagne de rétention d'urine et que le cathétérisme présente quelque difficulté.

Il y a là, semble-t-il, un enthousiasme passager pour des méthodes nouvelles qui, à côté de réussites ont laissé parfois des résultats tout au moins douteux. En attendant que le temps ait permis d'en affirmer la valeur, il est peut-être bon de rappeler quelques observations inédites, dont l'issue tendrait à enrayer la vogue croissante de la cystotomie.

Dans bien des cas, en effet, d'hypertrophie sénile de la prostate, des soins et un régime sérieux suffisent très ordinairement à maintenir la santé. D'ailleurs, chez certains malades qui se soignent mal, qui s'exposent à chaque instant aux causes d'infection par la sonde, la vie est encore possible sans accidents.

Or les partisans avérés de la cystotomie lui trouvent des indications suffisantes : 1° Dans les cas de rétention d'urine chez les prostatiques avec impossibilité de cathétérisme ; — 2° dans les cas de fausses routes et d'infection ; — 3° dans les cas où se trouve indiqué l'emploi des ponctions répétées ou de la sonde à demeure ; — 4° dans les cas où le cathétérisme douloureux doit être trop fréquemment répété.

Dans les faits que nous connaissons, il y en a où le malade après quelques jours de sonde à demeure et de traitement est guéri, cliniquement parlant (il s'agit alors de congestion prostatique) ; où le malade est amélioré par les soins pour un certain temps, et n'a besoin que de se passer une sonde de loin en loin pour vider sa vessie et la laver ; — où enfin le malade se sonde régulièrement deux ou trois fois par jour et garde durant de longues années une excellente santé.

Avant de discuter l'opportunité de la cystotomie dans ces cas, voyons d'abord les faits :

Observation I. — *Congestion prostatique. — Traitement ordinaire. — Rétablissement de la miction normale.* — Le 8 août 1894, M. F..., soixante ans, employé de ministère, est atteint de rétention d'urine. C'est un homme très sobre, très vigoureux, qui n'a jamais été malade et n'a point eu la blennorrhagie.

Il raconte que depuis quelques semaines, les envies d'uriner étaient fréquentes : la nuit il se levait une ou deux fois.

Brusquement, le matin du 8 août, il ne peut uriner, il attend, prend un bain, et la miction ne se produisant pas, fait appeler un de nos confrères, son médecin habituel, qui tente le cathétérisme avec une sonde conique à bout olivaire n° 17 ou 18. La sonde ne passant point, le médecin demande la consultation d'un spécialiste.

En effet, la vessie est très distendue par l'urine et nettement sentie au-dessus du pubis; les crises douloureuses d'envies d'uriner sont de plus en plus fréquentes; il ne s'écoule point d'urine par regorgement; le malade et son entourage sont extrêmement inquiets.

Le toucher rectal dénote l'existence d'hémorrhoïdes internes peu développées; la prostate est volumineuse, tendue, régulière, assez ferme, peu sensible au toucher, la pression légère exagérant le besoin d'uriner. Il y a en même temps de la constipation.

Après avoir tenté de nouveau l'introduction de la sonde conique primitivement employée, la sonde béquille et la sonde bicoudée de Mercier, on a recours à la sonde métallique de petite courbure de Mercier qui franchit, non sans difficultés, la région membraneuse, puis pénètre facilement dans la vessie. Il s'écoule de l'urèthre pendant toutes ces manœuvres une petite quantité de sang.

La vessie est vidée très lentement (elle ne contenait guère que 1,200 grammes d'urine); une partie de son contenu est remplacée au fur et à mesure par de l'eau boriquée tiède. Le malade soulagé reprend sommeil, et le lendemain matin (9 août) la sonde à extrémité conique olivaire n° 17 passe facilement après avoir été convenablement courbée. On la fixe à demeure pour éviter de fréquents cathétérismes; car le malade a été mis au régime lacté absolu, au repos complet au lit; il a pris un léger purgatif, et, matin et soir, après un grand lavement tiède, il doit garder un suppositoire à l'iodoforme et à la jusquiame. Par la sonde, quand le malade a fini d'uriner, on injecte dans la vessie une petite quantité d'eau boriquée tiède; le fausset de la sonde est enlevé chaque fois que le besoin se produit, et dès que l'urine ne sort plus qu'en bavant, on le replace après avoir poussé un peu d'eau boriquée comme il a été dit.

Dès le second jour les envies d'uriner s'espacent; les urines sont toujours restées très claires; il y a quelques mucosités uréthrales autour de la sonde. Le volume de la prostate est à peu près resté le même, la constipation a disparu, l'état général est excellent.

Le 10 au soir, le malade enlève sa sonde. Son médecin quelques heures après veut le sonder et ne peut pénétrer. Cependant une sonde conique olivaire semblable à celle-ci, convenablement courbée, passe sans la moindre difficulté.

Le lendemain matin 11 août, même chose.

Le 19 août, M. F... a encore besoin qu'on lui passe la sonde une ou deux fois par jour; car il lui a été recommandé de ne faire aucun effort pour uriner. Les urines sont très claires, l'état général est excellent. La prostate est bien revenue sur elle-même. Depuis le 8 août, le malade est resté au repos, au lait, aux lavements et aux suppositoires. Bien entendu, toutes les précautions antiseptiques pour le cathétérisme ont toujours été prises par le confrère qui le soigne, et c'est à cela qu'on doit certainement d'avoir évité toute complication infectieuse.

A quelques jours de là. M.F... urina spontanément. Depuis, il n'a jamais eu le moindre trouble de la miction. Le malade est un homme soigneux, qui s'observe, qui est prévenu de la possibilité du retour des accidents.

Chez ce malade, avec les idées qui ont cours en ce moment en France dans une partie du corps médical, on eut songé dès le début à la cystotomie sus-pubienne. En effet, le cathétérisme fut très difficile, la prostate était volumineuse, il semblait même, d'après le dire du malade, que les troubles urinaires remontassent à une date assez ancienne, qu'en un mot, on avait affaire à une hypertrophie sénile et non à un gonflement congestif passager de la glande.

Il y avait là, pour certains, plus de raisons qu'il n'en fallait pour ouvrir la vessie, et on n'eût point manqué de mettre et d'affirmer au compte de la cystotomie la guérison du malade, à moins cependant que l'intervention n'eût elle-même causé des complications fâcheuses.

Il a suffi, en somme, de se borner à un traitement rationnel, pour voir cesser les phénomènes congestifs du bassin, pour permettre l'abaissement du col vésical et par conséquent la miction volontaire. Car s'il n'en est pas toujours ainsi, et si les sujets, atteints depuis longtemps de prostate sénile, ont des lésions diverses de l'appareil urinaire, en particulier de la vessie, s'opposant au rétablissement de la miction normale, au début tout au moins, l'obstacle prostatique est seul en cause; et celui-ci supprimé, la vessie reprend presque aussitôt, surtout chez les jeunes sujets, sa contractilité régulière. C'est là une opinion ancienne que défendent encore Reliquet et Guépin, et qui est justifiée par l'observation précédente.

Observation II. — *Prostatite. — Traitement habituel. — Grande amélioration en quelques jours.* — X..., 72 ans, entre le 29 mars 1894 dans le service de M. le Dr Blum (salle Dupuytren, lit n° 19). C'est un vieillard affaibli, délirant, qui, au dire de sa famille, présente depuis plusieurs années un affaissement intellectuel notable. Il a la fièvre, est très agité. Du sang s'écoule du méat. La vessie est à mi-chemin de l'ombilic. Prostate volumineuse et sensible.

On met le malade au régime lacté; il prend une purgation et un lavement tiède biquotidien est ordonné.

Une sonde bicoudée en gomme pénètre facilement dans la vessie sans rencontrer d'obstacle. Par elle, s'écoule de l'urine claire, environ 1 litre 1/2, qui est remplacée en partie par de l'eau boriquée tiède. On continue à évacuer progressivement la vessie par une sonde molle fixée à demeure, que le malade, dans son délire, arrache pendant la nuit. La sonde est remise en place dès le lendemain matin, et le soir

de ce même jour le délire est tombé. La purgation a provoqué une débâcle. Autour de la sonde il ne s'écoule plus de sang, mais il y a d'abondantes mucosités purulentes qui nécessitent des soins locaux d'antisepsie fréquents.

Pendant les deux jours suivants, on continue exactement les mêmes soins. Malgré ce qui a pu lui être dit, le malade a enlevé sa sonde, et voyant qu'il urine spontanément, exige son exeat, promettant de revenir, s'il a le moindre accident. Il partit donc, n'ayant plus ni fièvre, ni délire, la vessie revenue à ses dimensions normales, la prostate encore volumineuse, mais déjà bien décongestionnée.

Ce malade ne revint pas, même à la consultation. Tout porte à croire que l'amélioration a continué.

La gravité des accidents que X... présentait lors de son entrée à l'hôpital eût peut-être justifié une intervention chirurgicale immédiate. Et cependant le régime et la sonde ont triomphé seuls en vingt-quatre heures d'une rétention rebelle et douloureuse, chez un malade délirant, profondément infecté, et malgré les difficultés d'une évacuation lente de la vessie. En outre, les urines retirées par la sonde étaient absolument claires. Le pus qui remplissait le canal, (et dont l'examen microscopique n'a pas été fait) venait de la prostate comme le démontrait la pression du doigt sur cet organe.

Il n'y avait donc pas lieu d'ouvrir cette vessie vraisemblablement non infectée, et sans rechercher dans ce cas les indications du traitement qui a été suivi, il faut noter une très rapide amélioration dans un état primitivement grave.

Cette amélioration aurait été encore plus complète si ce malade, malgré son grand âge, avait voulu continuer les soins commencés. Le résultat heureux du traitement de quelques jours ne saurait être diminué par la possibilité d'une rechûte ; car l'ouverture du réservoir urinaire, avec ou sans urèthre sus-pubien permanent, n'aurait point empêché la prostate d'être et de rester infectée. D'autre part on n'aurait pu invoquer en faveur de la cystotomie la perspective d'une décongestion de la vessie, puisque celle-ci semblait à peu près exempte de lésions. Quant à l'efficacité de l'opération sur la diminution de volume de la prostate, elle est possible sans être bien démontrée, et en tous cas le cathétérisme peut donner lieu à la même observation.

Observation III. — M. L..., 89 ans, se sonde régulièrement depuis vingt ans pour uriner. Toute miction volontaire est impossible. La prostate est énorme avec de grosses bosselures. Pour pénétrer dans le rectum, il faut suivre avec le doigt la courbure sacrée; le lobe droit de l'organe est surtout développé ; la consistance de la glande est très ferme et uniforme. On ne pénètre dans la vessie qu'avec une sonde béquille munie d'un mandrin auquel on donne une grande courbure et en inclinant le bec de la sonde sur le plan médian.

M. L... n'a jamais voulu prendre aucune précaution antiseptique. Deux ou trois fois par jour, rarement plus, il introduit sa sonde par une manœuvre assez compliquée, vide sa vessie, et de temps en temps y passe un peu d'eau boriquée. C'est tout ce qu'il consent à faire.

De loin en loin, sa sonde ne passe pas. Il nous fait alors appeler. Sa sonde est mise à demeure pendant deux ou trois jours. On en profite pour laver régulièrement la vessie.

La prostate reste toujours la même ; les urines sont à peine nuageuses en temps ordinaires; parfois cependant elles deviennent très troubles. Le malade vit au régime lacté mitigé. Il va très bien, sort tous les jours, et ne consentirait jamais à la moindre intervention.

Il ne saurait être question bien entendu chez ce malade d'une intervention chirurgicale.

Mais voilà un vieillard, qui malgré l'absence de tous soins antiseptiques (il conserve ses sondes sur un meuble dans une potiche où il puise au hasard) n'a jamais eu d'accidents infectieux graves.

Depuis vingt ans, le cathétérisme le moins prudent suffit à lui épargner toute souffrance, il n'est inquiet que lorsque la sonde ne passe plus avec sa facilité habituelle.

N'est-on point autorisé ici encore à se demander si une intervention faite il y a vingt ans aurait permis une survie aussi longue dans d'aussi bonnes conditions, et si comme précédemment elle n'aurait pas été sinon préjudiciable tout au moins d'une absolue inutilité?

Ces quelques exemples, pris parmi tant d'autres non moins probants, peuvent à juste raison ramener l'attention sur l'inutilité fréquente d'une décision subite et d'emblée, décision qui peut parfois être préjudiciable au malade.

Qu'est-ce qui prouve en effet au chirurgien que le cathétérisme ne sera pas facile quelque temps après? Qui peut lui donner la garantie que la cicatrisation suivra un cours normal, surtout si l'état pathologique du malade met la paroi vésicale dans de mauvaises conditions trophiques?

A ceux qui préconisent la cystotomie avec drainage consécutif on peut toujours objecter que la sonde à demeure, dont on a beaucoup exagéré les inconvénients, constitue un drainage excellent.

En tous cas nous croyons que l'incision vésicale doit être laissée dans ces cas d'infection aiguë (l'expérience montre qu'elle est en général suivie d'insuccès). Quant aux infections chroniques, il est difficile de se prononcer sur le bénéfice qu'elles peuvent en tirer ; les faits sont trop peu nombreux pour asseoir un jugement.

Quoi qu'il en soit, quand un prostatique présente des accidents menaçants, la cystotomie ne le met peut-être pas mieux à l'abri que le traitement habituel, et dans le doute il semble préférable de s'abstenir d'opérer ; d'autre part, quand les accidents ne menacent point rapidement la vie du malade, il n'y a pas souvent lieu, quelle que soit la difficulté du cathétérisme, d'ouvrir même temporairement la vessie, car la grande difficulté du cathétérisme tient parfois à la petite expérienee de celui qui le pratique.

Sans vouloir porter atteinte à une opération qui en somme peut être d'un grand secours, il faut formuler des réserves sur ses indications.

Il y a donc lieu de la considérer comme devant prendre place dans la pratique chirurgicale, mais dans des cas beaucoup plus restreints qu'on a tendance à se le figurer, et en tous cas qu'après l'échec absolu de tous les autres moyens.

OPHTALMOLOGIE

Névrite optique d'origine cérébrale traitée par des injections de gaïacol (1)

Par M. VALUDE

Quand nous constatons à l'ophtalmoscope l'existence d'une névrite optique œdémateuse double, et que le malade n'accuse rien que des troubles visuels et aucun autre symptôme capable de faire songer, soit à une tumeur cérébrale, soit à une lésion systématisée de la masse encéphalique, nous admettons qu'il existe un foyer localisé de méningite ou de méningo-encéphalite, localisé à la base, dans les environs du chiasma ou des bandelettes optiques. C'est là un cas encore assez fréquent, et la nature ordinaire de cette méningite localisée se devine ; il s'agit dans la majorité des cas d'un petit foyer tuberculeux, d'un nid de tubercules ayant produit à leur alentour une exsudation méningitique. Le seul symptôme concomitant de cet état optique révélateur est une céphalée persistante, avec exacerbations très fréquentes, et localisée au front et à la partie postérieure de la tête. Quelquefois il existe en outre des vomissements. Dans ces cas donc et quand il n'existe aucun phénomène de paralysie, ni de convulsions partielles, ni aucun autre symptôme cérébral particulier, on admet qu'il s'agit de méningite localisée à la base avec un foyer tuberculeux.

C'est le diagnostic que j'avais porté à propos d'un malade entré dans mon service des Quinze-Vingts le 27 février 1895.

Il s'agissait d'un homme jeune de 21 ans qui offrait une diminution considérable de l'acuité visuelle d'un côté causée par une névrite optique œdémateuse, le Shoked Disc des Anglais et la Stauungs papille des Allemands. A droite il comptait les doigts à 1m50 ; à gauche son acuité bien meilleure = 2/3.

Aucun autre symptôme que des maux de tête.

J'instituai chez ce malade le traitement mercuriel, dans l'espoir d'une lésion spécifique possible. Des frictions à l'onguent napolitain furent employés vigoureusement et en même temps la tête fut couverte d'un vaste vésicatoire. Révulsion et hydrargyrisation restèrent sans effet.

Pour augmenter l'effet de la révulsion, je mis plus tard en usage un moyen de la vieille thérapeutique, qui peut en quelques cas de ce genre rendre encore quelques services : le séton à la nuque ; je le laissai en place plusieurs semaines sans résultat.

Même insuccès pour les injections d'antipyrine.

L'acuité restait toujours la même OD : cld à 1.50 ; OG V = 2/3.

Je commençai alors les injections de gaïacol iodoformé, le 27 mars.

Le 22 avril, après 15 injections de gaïacol, le malade compte les doigts à 2m50 à droite et à gauche sa vision est redevenue normale.

A un examen ultérieur nous constatons :
OD : V = 1/15 ; OG : V = 1.

Il semble donc que chez notre malade l'amélioration doit être rapportée à l'action des injections de gaïacol, car elle n'a commencé à se produire qu'après l'institution de ce dernier traitement. Les traitements antérienrs étant restés sans effet.

Actuellement le malade a pu reprendre ses occupations, car l'augmentation de l'acuité visuelle pour le travail a été encore plus considérable que celle de la vision éloignée. — L'ophtalmoscope montre que les phénomènes de l'œdème de la papille sont en décroissance, sans que celle-ci tende à l'atrophie.

Cette observation servirait à confirmer le diagnostic de tubercule méningé, en même temps qu'elle fournirait un bon exemple de l'efficacité du gaïacol en pareil cas.

(1) Communication à la Société médicale du VII[e] arrondissement.

BIBLIOGRAPHIE

I. Les ophthalmies du nouveau-né, par le D[r] VALUDE, médecin de la clinique des Quinze Vingts, un vol. in-16, 144 p. Paris, Rueff et Cie 1895. — **II. Traitement des maladies des yeux**, par le D[r] TROUSSEAU, médecin de la clinique des Quinze-Vingts, un vol in-18, 150 p. Paris, O. Doin, 1895. — **III. Précis de thérapeutique ophthalmologique**, par les D[rs] LANDOLT et GYGAX, un vol. in-12, 176 p. Paris. G. Masson 1895.

I. — M. Valude décrit dans ce livre non seulement l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, mais les

diverses formes de conjonctivite que l'on peut rencontrer chez les jeunes enfants. Une deuxième partie parle des suites des ophthalmies et du traitement des lésions de la cornée, de la conjonctive et des paupières que ces maladies peuvent laisser après elles. C'est un exposé rapide ; M. Valude ne donne guère que ses idées et son mode de traitement, mais tout cela d'une façon très claire, et ce livre est de nature à rendre de réels services aux médecins qui sont appelés à soigner des enfants.

II. — En 158 pages d'un petit volume in-18, Trousseau passe en revue le traitement de toutes les maladies des yeux. Assurément, il ne donne pas de longs détails, mais ces détails sont suffisants pour les affections externes, les plus communes et celles que tous les praticiens peuvent être appelés à soigner. Trousseau indique même les opérations, sans insister sur le manuel opératoire, et s'il s'étend peu sur le traitement d'affections rares et peu curables, on ne saurait le lui reprocher. En résumé ce petit livre expose d'une façon très précise les résultats d'une grande expérience, c'est un guide très sûr pour tous les praticiens.

III. Le livre de MM. Landolt et Gygax, a plus de prétentions, et en effet il est plus complet, trop complet même, car les auteurs « admettent çà et là des remèdes et des procédés thérapeutiques auxquels ils n'accordent pas une confiance sans réserve » ; puis dans ce petit volume, disposé par ordre alphabétique des matières, nous trouvons des chapitres dont la présence ne paraît pas indispensable dans un manuel de thérapeutique oculaire, par exemple, l'épreuve de la pureté de l'alcool absolu, l'œsorcine, l'alcali volatil, le nitrite d'amyle, les bains généraux médicamenteux, le biborate de soude, et une foule d'autres dont on n'indique nullement l'application au traitement des maladies des yeux et qui seraient beaucoup mieux à leur place dans un traité de thérapeutique en général. Dans ce formulaire trop touffu un oculiste exercé trouvera d'excellentes choses, mais un praticien général aura quelque hésitation à s'y aventurer.

A. Ch.

La question sanitaire dans ses rapports avec les droits et les intérêts de l'individu et de la société, par le Dr Julien Proger, chez Giard et Brière, 16, rue Soufflot, Paris.

La question sanitaire s'impose.

La santé n'est point seulement une affaire individuelle, elle constitue une question commune ; les preuves de l'origine *sociale* de la plupart des maladies démontrent qu'il n'est pas au pouvoir de l'individu de se soustraire, par sa seule volonté, aux influences sanitaires inhérentes à l'état social : l'homme est prisonnier de la société, comme l'âme est prisonnière du corps. Le vieil adage : *mens sana in corpore sano*, peut parfaitement se dire : l'homme sain dans une société saine. En effet, si l'empirisme d'abord, l'observation ensuite, et enfin la science elle-même nous ont obligés à reconnaître *l'influence du physique sur le moral*, nous pouvons être certains que la connaissance de mieux en mieux approfondie de la genèse de nos maladies nous montrera de plus en plus clairement que notre individualité *sociale* est, de même, conditionnée, déterminée par la constitution sociale à laquelle nous appartenons ; nous la subissons, comme notre âme subit notre constitution physiologique.

C'est là un point capital, car cela nous permet tout de suite de voir la *Question sanitaire* sous son véritable jour : ce n'est plus une affaire de spécialistes, ce n'est plus une question de doctrine, ni de politique, c'est en même temps une question sociale et une question individuelle qui intéresse tout le monde et de la solution de laquelle tout le monde dépend. La question sanitaire, en effet, est individuelle, par l'usage que fait l'individu de sa propre vie, suivant l'orientation qu'il donne à sa propre activité, et elle est sociale par les institutions sociales ou politiques qui exercent leur influence sur la santé des individus et par la dépendance ou solidarité des individus entre eux.

C'est bien toujours le même double aspect qui se retrouve dans toute question et dont les esprits systématiques ont voulu faire une antinomie irréductible : l'individu et l'Etat, l'individualisme et le socialisme.

Or, loin de s'opposer, ces deux côtés de la question sanitaire ne font que se compléter.

Il ne peut être indifférent à personne que l'industrie de l'alimentation soit ou non garantie contre la fraude, attendu que personne ne peut se flatter de pouvoir toujours échapper à ses dangers. De même pour les questions de salubrité générale. Les doctrines nouvelles sur la contagion et l'infection nous montrent clairement les dangers que nous font courir toutes les sources d'insalubrité, soit qu'elles proviennent des choses, soit qu'elles proviennent des personnes.

Nous avons énoncé les répercussions de toute sorte qu'entraînent les atteintes diverses à la santé des individus : le budget de la maladie n'est ni le moins lourd, ni le moins ruineux. Il faut toute la puissance désespérante du préjugé et de l'habitude pour nous empêcher de voir l'importance économique de la question sanitaire.

La conception toute nouvelle de la nutrition, qui nous apparaît maintenant comme le régulateur de la vie, nous amène à la compréhension précise de la *loi de vie*, nous montre les rapports de cause à effet entre notre *mode de vivre* et notre vie, notre santé, notre valeur physique, intellectuelle et morale. Nous avons

ainsi appris à nous faire à l'idée que nous sommes nous-mêmes les propres instruments, les véritables auteurs de ce que nous devenons et de ce que nous éprouvons durant notre vie.

Nous n'en sommes plus aux vagues théories des toniques et des excitants; nous savons que nous ne devons plus juger de l'état de santé, de la puissance en vitalité d'après des apparences souvent trompeuses; ce qu'il faut, c'est savoir scruter et jauger la nutrition, c'est prévoir et deviner les conséquences plus ou moins lointaines. La vie, essentiellement constituée par le mouvement trophique, ne peut se maintenir que par une sorte d'équilibre moyen dans son budget: si les recettes sont trop fortes, il y a pléthore, engorgement; si elles sont trop faibles, il y a perte, affaiblissement, inanition; si les dépenses s'exagèrent c'est l'épuisement, la ruine.

Toute atteinte à la nutrition, soit directement par un trouble ou une faute dans l'alimentation, la digestion, la respiration, l'innervation, soit indirectement par un excès ou un empoisonnement, fatigue, épuisement physique, intellectuel ou moral, a pour conséquence une répercussion sur la vitalité et sur ses manifestations, c'est-à-dire sur les fonctions physiologiques ou sur les facultés psychiques. Tout le secret de la vie est là.

Nous ne connaissons rien qui plaide mieux en faveur de la science, nous ne voyons rien qui soit plus fécond ni plus réconfortant pour l'humanité que cette conception toute moderne de la nutrition. Celle-ci, sous les noms d'assimilation et de désassimilation, embrasse le double circuit des échanges nutritifs: c'est le cours de la vie, c'est le mouvement trophique qui peut s'accélérer ou se ralentir, mais qui ne peut osciller au delà de certaines limites en dehors desquelles est rompu l'*équilibre moyen de la vie que nous appelons la santé*. Il suffit d'ailleurs de réfléchir pour comprendre qu'il ne peut en être autrement. En effet, quelle que soit l'idée que nous nous fassions des phénomènes physiologiques de la vie, nous ne pouvons supposer la possibilité d'un accroissement pas plus que d'un amoindrissement indéfini dans un organisme vivant; nous sommes donc bien obligés d'admettre, comme nous le constatons chez tous les êtres animés, qu'il y a des limites au delà desquelles la vitalité est atteinte: c'est ce que nous appelons, suivant les cas, la maladie, la dégénérescence ou la sénilité.

Il suffit de réfléchir à la nature évitable des causes *sociales* que nous trouvons à la plupart de nos maladies les plus meurtrières pour comprendre que la maladie n'est point aussi fatale qu'on le croit trop souvent: loin d'être inhérente à l'humanité, elle dépend de causes contingentes sur lesquelles nous pouvons agir. Voilà ce qu'on ne saurait trop répéter. Ce qu'il faut, c'est apprendre à tous, par tous les moyens possibles, que nous sommes les propres instruments de nos maux et de nos souffrances, et que, avec de la volonté et un meilleur emploi de nos énergies et de nos ressources, nous pouvons atténuer, dans une large mesure, les maladies et les infirmités. De plus, en apprenant de plus en plus l'origine *sociale* de la plupart des sources de maladies, nous comprendrons de mieux en mieux l'étroite dépendance qui nous unit mutuellement et l'intérêt que nous avons à préserver nos semblables pour nous préserver nous-mêmes.

REVUE DE LA PRESSE

Le serum antistreptococcique. — M. Chantemesse vient d'adresser au Conseil municipal de Paris le rapport suivant :

Le Conseil municipal a bien voulu m'accorder une subvention pour assurer le fonctionnement du laboratoire du bastion n° 29 où se trouvent une crèche d'enfants diphtériques et le service des érysipélateux. J'ai l'honneur de vous adresser mon rapport sur les résultats obtenus. La préservation de la vie et de la santé des malades a grandement bénéficié des moyens mis à notre disposition par la libéralité du Conseil.

Les deux services sont parfaitement isolés et ont chacun leur personnel. L'entrée des services n'est autorisée qu'après la mise d'un costume que l'on quitte en sortant et après le lavage soigné des mains. Aussi n'a-t-il existé aucun cas de contagion du service de l'erysipèle à celui de la diphtérie et du service de la diphtérie à celui de l'érysipèle.

Le nombre des érysipiélateux soignés au bastion, du 25 décembre 1894 au 15 décembre 1895, en excluant ceux qui ont été envoyés par erreur de diagnostic (eczéma, abcès dentaire, méningite, tétanos, gangrène gazeuze, etc.) a été de 1,055, sur lequel 34 sont morts. Mortalité, 3,22 0/0.

Ce chiffre total de mortalité doit être décomposé en fractions d'après le traitement suivi par les malades.

Traitement ordinaire : a) Purement symptomatique (du 25 décembre 1894 à fin février 1895). 145 malades. — 5 morts. — Mortalité 0/0, 3,45. b) Traitement par la méthode systématique des bains froids (1er juillet au 18 novembre). 2,600 bains ont été donnés jour et nuits. 409 malades. — 16 morts. — Mortalité 0/0, 3.01. Total, 554 malades. — Mortalité moyenne 0/0 3,79.

Traitement par le serum antistreptococcique (préparé à l'institut Pasteur par M. le docteur Marmorek) : a) Serum efficace d'une force préventive de 1 pour 7,000 (mars, avril, mai). 297 malades. — 5 morts Mortalité 0/0, 1,70. b) Le serum efficace manque, — on utilise un serum faible, d'une force préventive de 1 pour 2,000 (juin). 107 malades. — 7 morts. — Mor-

talité 0/0, 5,54. c) Serum très efficace d'une force préventive de 1 pour 30,000 (du 18 novembre au 25 décembre). 97 malades. — 1 mort. — Mortalité 0/0, 1,03. Total, 501 malades. — Mortalité 0/0, 2,59.

Le traitement exclusif par la sérothérapie a donc fourni une proportion de guérisons plus grande que celle que donnaient les autres méthodes thérapeutiques réputées les meilleures.

Une remarque doit être faite tout d'abord, c'est que le bénéfice de ce mode de traitement est en raison directe de la force préventive du serum, fixée par l'expérimentation chez les animaux. Avec un serum plus fort, le chiffre de la mortalité doit, je pense, s'abaisser encore. Il me reste à indiquer les principaux effets observés chez les malades soumis à ce traitement. Les inconvénients ne sont appréciables que lorsque le serum utilisé provient d'une saignée faite trop rapidement après les dernières inoculations virulentes pratiquées au cheval. On peut observer alors, au point d'inoculation, de la douleur, du gonflement et une éruption d'urticaire et d'érythème. Lorsque le serum est recueilli comme il convient, aucun de ces inconvénients n'existe. Chez les malades de la dernière série, il n'y a jamais eu rien à signaler au niveau du lieu de l'injection. Deux malades sur ce nombre ont eu seuls un léger érythème qui a duré quelques heures. Un homme atteint d'une pleurésie purulente à streptocoques a reçu en 15 jours 300 centimètres cubes de serum sans le moindre inconvénient. Le serum à dose massive s'est donc montré efficace et inoffensif.

Les effets du serum se font sentir sur la lésion érysipélateuse et sur l'état général du malade. Localement : on constate le plus souvent dans les 24 heures, plus rarement au bout de 2 à 3 jours, une diminution marquée de la rougeur, du gonflement et de la douleur. La desquamation est hâtée et se fait en écailles épidermiques assez épaisses. Parfois la lésion continue à s'étendre sur un des points de sa périphérie et ne s'arrête que sous l'influence des injections répétées. La suppuration du tissu érysipélateux est très rare avec le traitement par le serum. Lorsqu'elle existe avant le traitement, elle n'est pas tarie immédiatement, mais elle est diminuée par les injections.

L' « état général » s'améliore rapidement. Quelques heures après l'injection, si la dose est suffisante, le malade accuse un bien-être très marqué ; les troubles nerveux et en particulier le délire sont très favorablement influencés. Après l'injection la fièvre s'abaisse parfois en quelques heures. Rarement elle persiste deux ou trois jours. La dose injectée doit varier suivant l'intensité de l'infection. Le pouls diminue de fréquence et augmente de force. Je n'ai jamais constaté un effet défavorable sur la force, la rapidité ou la régularité du pouls.

Quand l'albuminurie n'existe pas encore, elle ne se produit pas, dès que la serothérapie est commencée. Quand l'albuminurie n'existe que depuis peu de temps, l'intervention des injections de serum la guérit en trente-six ou quarante-huit heures.

La gravité et la durée de la maladie sont moindres chez les malades soumis à la sérothérapie. Les engorgements ganglionnaires et les rechutes qui surviennent si fréquemment après l'évolution d'un érysipèle traité par les méthodes ordinaires sont favorablement influencés par le nouveau traitement. Après la fin de la maladie, les adénopathies disparaissent vite, si l'on a soin de continuer à petites doses l'emploi des injections de serum. Les rechutes qui, chez certains malades, se répètent avec une désespérante opiniâtreté peuvent souvent être prévenues par de petites doses de serum injectées préventivement à intervalles réguliers.

La dose ordinaire de serum nécessaire pour guérir un érysipèle varie entre 20 et 40 centimètres cubes. Parfois les limites de cette dose sont dépassées en deçà ou au delà.

Diphtérie : La crèche de la diphtérie installée depuis 11 mois a reçu 167 malades. L'analyse bactériologique a montré que, sur ce nombre, 61 petits malades, atteints d'angines blanches et de troubles respiratoires, n'avaient pas la diphtérie.

Les diagnostics fixés par l'examen bactériologique ont été : 13 angines blanches à streptocoques. — 1 mort. 6 angines blanches à staphylocoques. — 1 mort. 13 broncho-pneumonies à streptocoques. — 7 morts. 10 bronchites simples. — 0 mort.

La diphtérie a été constatée par l'analyse bactériologique 107 fois. Sur ce nombre il y a eu : 1° Diphtérie pure, 66 cas. — 1 mort (enfant de 2 mois). — Mortalité 0/0 1,50.

2° Diphtérie compliquée, 41 cas. — 14 morts. Mortalité 0/0, 34. Mortalité moyenne des deux groupes de la diphtérie 0/0, 14. Le nombre des malades âgés de 1 an et au-dessous a été de 49 : 20 fois la diphtérie était compliquée. — 6 morts. 26 fois la diphtérie était pure. — 1 mort. Mortalité moyenne des nourrissons diphtériques, 0/0, 14.

Tubage : Diphtérie pure, 6 cas : Mort 1 (enfant de 2 mois). Guéris, 5 (13, 14, 15, 16 mois et 3 ans 1/2). Diphtérie compliquée, 13 cas : Morts, 10 (9, 9, 10, 12, 12, 16, 17, 18, 21 mois, 5 ans). Gnéris, 3 (10, 12, 14 mois), deux de ces petits malades ont dû être trachéotomisés.

Trachéotomie : Diphtérie pure, 0. — Mort, 0. Diphtérie compliquée, 6. — 3 morts.

Erythèmes : Dipthérie pure, 19 fois sur 66 cas. Diphtérie compliquée, 9 fois sur 41 cas. Chez tous les petits malades entrés au bastion, j'ai fait donner préventivement une injection de serum antidiphtérique. Je n'ai eu qu'à me louer de cette pratique et je n'ai jamais constaté de contagion contractée au bastion.

Seuls deux élèves du service qui n'avaient jamais reçu de serum ont été atteints par la diphtérie.

En terminant, j'attire l'attention sur ce fait que le tiers de mes petits malades (exactement 33) ont été emmenés par leurs mères, malgré mon avis, guéris de la diphtérie, mais ayant encore des microbes diphtériques dans la bouche et capables, par conséquent, de transmettre la contagion.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 décembre. - Présidence de M. MAREY.

Développement des vaisseaux lymphatiques. — M. L. RANVIER. On ne sait rien ou presque rien sur le développement des vaisseaux lymphatiques. Je rappellerai seulement une vieille observation de Kœlliker, qui avait conduit son auteur et, avec lui, un grand nombre d'histologistes, à une interprétation aujourd'hui bien extraordinaire.

Kœlliker a vu dans l'expansion membraneuse de la queue des Têtards, entre les vaisseaux sanguins, des canaux ne contenant pas de sang, terminés par des pointes et munis de pointes latérales. Ces pointes se continueraient avec des cellules conjonctives; ces cellules seraient creuses et formeraient un réseau canaliculé. De la sorte, le réseau des cellules plasmatiques de Virchow serait la véritable origine des lymphatiques. Dans le *Traité d'Histologie* de Leydig, cette manière de comprendre les choses est formulée plus nettement encore et traduite par une figure qui ne peut laisser subsister aucun doute.

Voici ce qu'il y a à dire de ces anciennes données :

Il n'est pas certain que les lymphatiques de l'expansion membraneuse de la queue des Têtards soient des lymphatiques en voie de développement. On peut, en effet, en observer de semblables dans le mésentère de la Grenouille adulte. On les y voit très nettement après les avoir injectés de bleu de Prusse par la grande citerne rétropéritonéale. De plus, les cellules conjonctives ne sont pas creuses : ce sont des masses protoplasmiques pleines, contenant un noyau. Enfin, les pointes terminales et latérales des lymphatiques de l'expansion membraneuse ne se continuent pas avec les prolongements des cellules conjonctives. Il n'y a donc rien à conserver de Kœlliker en ce qui regarde le développement des vaisseaux lymphatiques, même chez les Batraciens.

Pour suivre avec fruit le développement des lymphatiques, il fallait choisir un organe où ils fussent faciles à observer et où on leur connût une distribution régulière et une structure bien déterminée. Il m'a semblé que le mésentère avec ses chylifères à direction rayonnée devait remplir ces conditions. Il fallait, en outre, pouvoir se procurer facilement un grand nombre d'embryons à différentes périodes du développement.

Presque chaque jour, dans les abattoirs de Paris, on sacrifie des truies pleines. On obtient, sans difficulté, l'utérus de ces animaux, avec les embryons qu'il renferme. C'est sur des embryons de porc qu'ont été faites les recherches que je vais exposer maintenant.

Je notai avec soin la longueur des embryons. C'était, en l'absence de renseignements plus précis, la seule manière d'avoir une détermination approximative de leur âge. Je dis approximative, parce que la longueur des embryons, à une époque déterminée du développement, varie avec la race et la nutrition. Par exemple, dans une portée de dix à douze petits, il n'est pas rare d'en trouver quelques-uns de taille exiguë. On conçoit dès lors que deux embryons de la même taille pourront être à des périodes différentes de développement et que deux embryons de taille différente pourront avoir le même âge.

En général, des embryons de porc ayant moins de 9 cm du sinciput à la naissance de la queue n'ont pas encore de vaisseaux lymphatiques. Des injections par piqûre faites à la peau, dans diverses régions du corps, produisent des taches de diffusion; quelquefois elles pénètrent les vaisseaux sanguins, mais jamais elles ne déterminent les dessins caractéristiques des capillaires lymphatiques, tandis que la même expérience, répétée sur des embryons ayant plus de 10 cm., est toujours couronnée de succès. Je dirai même qu'on obtient ainsi de fort belles préparations des capillaires lymphatiques de la peau. Ces capillaires montrent des culs-de-sacs latéraux et terminaux semblables à ceux que j'ai décrits dans une note précédente *Sur la morphologie des capillaires lymphatiques des Mammifères.*

Cette note doit même être considérée comme une introduction à l'étude du développement des vaisseaux lymphatiques; c'est dans cet esprit que je l'ai rédigée. J'y ai voulu montrer que les lymphatiques, chez les Mammifères, comme chez les Batraciens, prennent leur origine dans un réseau de gros capillaires qui, dans la peau aussi bien que dans les villosités intestinales, sont munis de culs-de-sac latéraux ou terminaux. Ces culs de-sac se montrent donc d'emblée, chez l'embryon, avec leurs principaux caractères, et l'accroissement ultérieur du réseau lymphatique semble résulter simplement de leur extension. Cette extension les amène au contact les uns des autres. On voit alors leur paroi disparaître au point de contact, sans doute par un mécanisme de résorption ; c'est ainsi que se forment les anastomoses et que le réseau capillaire se complète.

Les lymphatiques dont il a été question jusqu'ici sont des capillaires; ils n'ont pas de valvules et *n'en auront jamais.* Au début de mes recherches, qui ont duré plusieurs années, je pensai autrement. Il me semblait que les valvules pourraient bien se former après coup. Conduit par cette première hypothèse, j'ai tenté d injecter le système lymphatique des embryons du centre à la périphérie par le canal thoracique. Or, dès qu'on peut le reconnaître et l'injecter, par exemple chez des embryons de porc de 10 cm, ce canal possède des valvules et des valvules parfaitement *suffisantes*, suivant l expression des physiologistes et des pathologistes. C'était là un premier point acquis et un point fort important, car, ainsi qu'on le verra plus loin, *les troncs lymphatiques des Mammifères, aussitôt qu'on peut les reconnaître, sont munis de valvules.*

Il n'est certes pas facile de trouver le canal thoracique d'un embryon de porc, de l'isoler par la dissection et d'y introduire une canule. On n'y réussit pas toujours, mais on y arrive cependant quelquefois, et cela suffit. Les expériences et les observations dont il me reste à parler sont, au contraire, extrêmement simples.

Pour observer les lymphatiques du mésentère qui ne sont pas des capillaires lymphatiques, mais bien des troncs lymphatiques, tout comme le canal thoracique (voir, pour la distinction des deux ordres de vaisseaux, mon *Traité technique d'Histologie* et mes Notes antérieures), il suffit

de détacher une anse intestinale avec la portion du mésentère qui lui correspond, de traiter par l'acide osmique à 1 0/0 et de colorer par le picrocarminate d'ammoniaque.

Chez les embryons ayant moins de 9 cm, on ne voit rien des lymphatiques du mésentère, pas plus que des lymphatiques de la peau. En général, ils sont formés ou en voie de formation chez les embryons de 10 cm. On peut suivre leur développement et leur accroissement chez les embryons plus grands, jusqu'à 15 cm, 16 cm et même 18 cm.

J'estime que la première formation doit se faire très rapidement. Je n'ai pas pu la prendre sur le fait ; mais cela ne paraît pas nécessaire ou du moins indispensable, car à côté des chylifères tout formés, allant directement de la base du mésentère à l'intestin, il en est d'autres qui s'y terminent par des culs de-sac ou par des bourgeons.

Un plus grand nombre encore présentent soit des culs-de-sac, soit des bourgeons latéraux. On peut presque toujours observer quelques-uns de ces derniers, même lorsque le premier développement est achevé. C'est déjà une observation bien instructive que celle des chylifères tout formés de l'embryon. Elle conduit à reconnaître que ces vaisseaux sont composés de segments, *segments intervalvulaires*, et que chacun de ces segments, qui semble constituer une unité organique, doit avoir un développement indépendant. Les valvules qui séparent les segments sont déjà organisées de telle sorte qu'elles permettent la circulation de la périphérie au centre et empêchent tout reflux du centre à la périphérie. Elles s'établissent d'emblée et au fur et à mesure que se forme et se développe chaque segment intervalvulaire. Cela résulte des faits que je vais exposer maintenant.

Je ne peux pas entrer ici dans tous les détails que l'on peut observer dans mes nombreuses préparations. Je dois m'en tenir seulement aux plus simples et à la formule embryologique qu'ils comportent.

Il se forme à l'extrémité ou sur le côté d'un segment intervalvulaire un bourgeon cellulaire plein d'abord. Le bourgeon s'accroît et il y apparaît une lumière. La lumière, une fois formée, continue de s'agrandir, par suite de l'accumulation d'un liquide sécrété par les cellules du bourgeon. Ce liquide refoule, dans le segment attenant au bourgeon, les cellules endothéliales qui occupent le col de celui-ci. Leur ensemble figure alors une élégante collerette qui n'est autre chose que l'ébauche d'une valvule.

C'est ainsi que des bourgeons, édifiés sur un segment intervalvulaire, deviennent des segments intervalvulaires qui, à leur tour, donneront naissance à des bourgeons. C'est ainsi que les lymphatiques croissent du centre à la périphérie. C'est ainsi que les valvules s'ouvrent nécessairement de la périphérie au centre.

Ce sont là des faits trop nouveaux pour être aisément compris. Je vais essayer de les faire mieux saisir et du même coup en indiquer la portée générale par une comparaison. On connaît bien les phases essentielles du développement des glandes. Chacune de celles-ci apparaît d'abord sous la forme d'un bourgeon cellulaire plein à la face profonde de l'ectoderme ou de l'endoderme. Ce bourgeon, dont les éléments sont à l'origine semblables à ceux de la couche épithéliale endo ou ectodermique qui lui a donné naissance, s'accroît progressivement, et à une période déterminée de son évolution se creuse d'une lumière. Plus tard, on distingue dans le bourgeon glandulaire, devenu glande achevée, des culs-de-sac sécréteurs et des canaux excréteurs.

Les capillaires lymphatiques correspondent à la partie secrétante de la glande et les troncs lymphatiques aux canaux excréteurs.

En fait, c'est là où je voulais en venir ; le système lymphatique peut être considéré comme une immense glande vasculaire, ayant son origine embryologique dans le système veineux et déversant dans les veines son produit de sécrétion. Ce produit de sécrétion est la lymphe.

Dans une prochaine communication, je m'occuperai des aberrations et des régressions que l'on peut observer dans les lymphatiques en voie de développement.

Les origines de la théorie trichromique du nerf optique. — M. J.-P. Durand (de Gros). Dans son rapport sur le concours de 1892 pour le prix Lallemand, Brown-Séquard a produit quelques assertions imparfaitement exactes, qu'il convient, je crois, de rectifier dans le double intérêt de l'histoire et du progrès de la Science.

Parlant de moi, le savant rapporteur disait : « Dans son ouvrage sur la *Physiologie philosophique*, l'auteur a rapporté, dès 1855, des faits qui l'ont conduit, longtemps avant Helmholtz (1869), à la théorie trichromique du nerf optique. » C'est bien en 1855, comme le constate le rapport, que j'ai publié pour la première fois mes vues relatives à la théorie en question ; mais c'est dans mon livre intitulé : *Électro-dynamisme vital* que cette première publication a eu lieu ; mes *Essais de Physiologie philosophique*, paru onze ans plus tard (1866), se sont bornés à cet égard à reproduire l'écrit antérieur.

Pour la priorité de cette conception physiologique, Brown-Séquard me met en compétition avec Helmholtz et uniquement avec lui, en m'attribuant l'avantage. Il y a là deux erreurs. Helmholtz n'a jamais élevé aucune prétention à la découverte théorique dont il s'agit ; au contraire, il en a rapporté toute la gloire à un autre, et cet autre, ce n'était pas moi. Les déclarations de l'illustre physicien physiologiste à ce sujet méritent d'être reproduites textuellement. Il s'exprimait comme il suit dans une conférence sur *Les progrès présents dans la théorie de la vision*, publiée en français dans la *Revue des cours scientifiques* du 24 avril 1869.

« La théorie des couleurs, disait-il, avec toutes les circonstances si curieuses et si compliquées que je viens de déduire était un morceau qui avait résisté, non seulement à Goethe, mais encore aux physiciens et aux physiologistes. Je m'étais également consumé en efforts superflus, lorsque je découvris enfin qu'une solution d'une simplicité surprenante avait déjà été trouvée au commencement de ce siècle. Elle est de ce même Thomas Young qui fit le premier pas dans la lecture des hiéroglyphes égyptiens. C'était un des génies les plus profonds qui aient jamais existé ; mais il eut le malheur d'être trop avancé pour son siècle. »

Loin de vouloir dépouiller Thomas Young, je viens revendiquer en sa faveur. Cependant, le soin de rendre justice à chacun ne doit pas aller jusqu'à me faire oublier ce qui m'est dû, alors surtout que cet oubli pourrait être non moins dommageable à la science qu'au savant.

Le mémoire où Thomas Young avait consigné sa théorie était universellement inconnu quand Helmholtz en fit la découverte fortuite. J'ignore la date de cet événement, mais il ne fut révélé au public que par la *Physiologische Optick*

dont la publication, par fragments espacés, prit une période de dix ans, de 1856 à 1866, et qui ne fut traduite en français qu'en 1867. Jusque-là, pas un seul des plus grand spécialistes de l'époque, ni Chevreul, ni Plateau, ni Jean Muller, ni aucun autre, n'avait fait allusion à la théorie du penseur anglais, pas même dans son propre pays : les *Principles of human hysiology* de Carpenter sont entièrement muets à cet égard jusque dans l'édition de 1869, que j'ai sous les yeux.

Je partageais l'ignorance générale et, moins que personne, j'étais en situation de faire la trouvaille de Helmholtz. D'ailleurs, à la simple lecture de l'*Electro-dynamisme vital*, il est aisé de voir que l'auteur, alors très jeune et ayant travaillé jusque-là dans une direction tout autre, ne possédait, en fait d'optique et de physiologie de la vision, que les éléments de la science ; les dernières acquisitions lui en étaient inconnues. Mais, ce qui établit surtout qu'il ne s'est pas inspiré de l'œuvre de son devancier, Thomas Young, c'est que, tandis que celui-ci a envisagé le problème de la formation des couleurs isolément et directement, dans le pur intérêt optique, l'auteur de l'*Electro-dynamisme vital* n'a été amené à considérer ce sujet spécial que secondairement, c'est-à-dire comme faisant partie d'un domaine d'idées beaucoup plus vastes dont il s'était proposé l'étude systématique : la philosophie de la fonction et de l'organe envisagés dans leur plus grande généralité.

Si j'ai mérité les éloges et la récompense de l'Académie pour la théorie trichromique du nerf optique, dans laquelle je me suis rencontré avec Thomas Young, et dont Helmholtz a parlé avec tant d'admiration, la conception supérieure et synthétique dont cette vue restreinte n'est qu'une application spéciale, un cas particulier en quelque sorte, me paraît avoir encore plus de titres à sa haute approbation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 janv.— Présidence de MM. EMPIS *et* HERVIEUX

M. LE PRÉSIDENT EMPIS fait un exposé magistral des travaux de l'Académie pendant l'année 1895, et appelle au fauteuil de la présidence son successeur M. Hervieux.

Thérapeutique. — M. ARTAUD lit un travail sur l'emploi : 1° de la teinture mère de marrons d'Inde à la dose de 10 à 20 gouttes matin et soir dans le traitement des crises hémorroïdaires ; 2° du myrtol en solution huileuse dans le traitement des affections pulmonaires ; 3° du jus de carottes dans le traitement de l'impetigo de la face chez les enfants.

A 4 h. 10 la séance est levée.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1895 (1)

Résultats du traitement chirurgical des affections non cancéreuses de l'estomac. — M. DOYEN (de Reims). Il y a 3 ans déjà que j'eus l'idée d'appliquer la gastro-entérostomie à l'ulcère de l'estomac et aux dyspepsies rebelles graves.

Je possède 74 observations d'opérations sur l'estomac pour affections non cancéreuses.

Mais 14 fois je dus me contenter d'une simple laparotomie exploratrice, car je suis tombé sur des cancers trop étendus même pour être opérés.

Restent donc 60 opérations se décomposant en pylorectomies et en gastro-entérostomies. La mortalité en bloc a été de 29 pour 100. Mais si, de ces 60 opérations, on décompte 4 cas défavorables, il reste 14 pylorectomies avec gastro-entérostomies, avec 5 morts ; 40 gastro-entérostomies avec 8 morts; et une opération autoplastique pour l'estomac en bissac, avec guérison.

Pour les affections cancéreuses de l'estomac, les opérations portant sur cet organe sont mauvaises, tant les pylorectomies que les gastro-entérostomies.

Dans les affections non cancéreuses, au contraire, les résultats sont excellents.

Dans les dyspepsies rebelles avec dilatation, lorsque le pylore n'est pas rétréci, si l'on fait une gastro-entérostomie, le malade guérit.

Pour l'ulcère rond, je fais aussi la gastro-entérostomie. Je citerai un cas d'ulcère juxta-pylorique. 15 jours après l'opération, le malade mangeait de tout. Depuis 3 ans, il reste guéri.

Sur 41 cas d'affections non cancéreuses opérées, j'ai 8 morts, c'est-à-dire une mortalité de 19 pour 100.

Dans tous ces cas, j'applique maintenant un nouveau procédé de gastro-entérostomie. Autrefois, je suturais le côlon transverse à la grande courbure de l'estomac; je fixais l'anse jéjunale au-devant de l'estomac en faisant décrire à cette anse un arc de cercle : c'était là une gastro-entérostomie antérieure avec rétrofixation du grand épiploon et suture du côlon à l'estomac.

Mais avec ce procédé, quand l'estomac se rétracte, après l'anastomose, celle-ci fonctionne mal et le malade souffrira de nouveau.

Maintenant je procède autrement : l'estomac une fois sorti du ventre, si on tire en haut tout l'épiploon, le côlon transverse se trouve séparé de l'estomac par un simple feuillet péritonéal, cachant l'arrière-cavité des épiploons. Or, il faut perforer ce feuillet, suturer ensuite le côlon à la petite courbure de l'estomac, par derrière, et fixer le jejunum à la face postérieuse de l'estomac en le faisant passer au-dessous du côlon. Jejunum et côlon occupent ainsi l'arrière-cavité des épiploons.

En résumé, dans les affections non cancéreuses de l'estomac il faut intervenir avant que le malade arrive à la cachexie.

M. ROUX (de Lausanne). Les interventions pour les affections non cancéreuses de l'estomac donnent de brillants résultats tant pour l'ulcère rond que pour la dilatation stomacale avec ptose.

Le nouveau procédé que vient de décrire M. Doyen ne me semble pas bien supérieur à l'ancien ; je fais la gastro-entérostomie rétro-colique.

Mais, je nourris tous mes opérés de cette catégorie, immédiatement après l'opération; et je m'en trouve très bien.

Pérityphlite à marche anormale. Laparatomie. Fistule consécutive due à la persistance d'un corps étranger. — M. BUSCARLET (de Genève) a opéré un enfant âgé de 12 ans qui présentait les symptômes d'une appendicite perforante aiguë ; l'opération a été faite le sixième jour, alors que la

(1) Voir *France Médicale*, 1895, nos 43, 44, 45, 46, 48 et 1896 n° 1.

température était à 40 degrés et qu'il y avait une tuméfaction sensible dans la fosse iliaque droite avec des signes de péritonite généralisée au début. Aucune collection purulente n'ayant pu être trouvée, on se borna à faire un tamponnement. Le lendemain, les douleurs avaient cessé, et la température s'était abaissée à la normale.

Mais quelques jours après, la température s'élevait de nouveau insensiblement jusqu'à 40 degrés, les épistaxis survenaient, de la diarrhée, et l'on était à se demander s'il n'y avait pas eu erreur de diagnostic et si l'on n'avait pas devant soi un cas de fièvre typhoïde, lorsque, le quatorzième jour, la plaie livra passage à une collection purulente abondante et tout redevint en ordre sauf qu'il persista une fistule purulente pendant un an, qui résista à tous les moyens simples de traitement. Au bout de ce temps, on dilata le trajet avec des laminaires et l'on vit sortir un fragment de noyau de fruit sauvage, noyau qui avait causé la perforation de l'appendice et ensuite entretenu la fistule.

Sept cas d'appendicite traités avec succès par la laparatomie. — M. MAUNY (de Saintes). Le traitement de l'appendicite aiguë doit être exclusivement chirurgical, surtout depuis que l'on peut mettre en parallèle la bénignité de l'intervention et les grands dangers que font courir la temporisation et le traitement médical. Le plus souvent, en effet, le traitement est celui d'un abcès ordinaire qu'il s'agit d'évacuer. Mais il existe des formes beaucoup plus graves dans lesquelles le diagnostic et le traitement deviennent compliqués (péritonites suppurées, enkystées, généralisées, abcès multiples éloignés du foyer principal). Dans ces cas-là l'incision classique iléo-inguinale est insuffisante. Il faut aller à la recherche du pus dans l'excavation pelvienne, la fosse iliaque gauche, entre les anses intestinales agglomérées, par des ouvertures étendues et quelquefois multiples. On pratiquera enfin le lavage et le drainage de la cavité péritonéale.

Récemment j'ai été appelé à intervenir sept fois dans des cas d'appendicite aiguë suppurée.

Dans trois cas, il s'agissait de la forme la plus simple, l'abcès iliaque bien circonscrit. L'incision classique, se rapprochant le plus possible de l'arcade crurale, évacua le foyer et les malades guérirent très rapidement après un drainage de quelques jours.

Deux fois j'ai eu à ouvrir plusieurs vastes abcès abdominaux ; dans deux cas plus graves enfin, j'ai dû intervenir, *in extremis*, en pleine péritonite généralisée. Tous mes opérés ont parfaitement guéri.

Du volvulus de l'S iliaque et de son traitement. — M. MICHAUX, de Paris. Le malade qui fait le sujet de notre observation est un homme de 50 ans. Nous le voyons le 13 octobre 1893. Les accidents d'obstruction datent de quatre jours ; il ne rend ni matière ni gaz. Depuis deux jours, il existe des douleurs dans le ventre à gauche. Le ventre est ballonné, surtout au milieu et à droite. Pas de fièvre.

Nous faisons le diagnostic d'occlusion intestinale, produite sans doute par un néoplasme iliaque. Nous donnons deux lavements électriques sans résultat. Au toucher rectal, nous ne trouvons aucun phénomène anormal.

Le lendemain, 14 octobre, nous opérons le malade. Nous faisons l'incision dans la fosse iliaque gauche. En explorant l'abdomen, nous ne trouvons aucune tumeur ; mais dans le petit bassin nous sentons un obstacle. Pour connaître mieux la nature de cet obstacle, nous nous décidons à faire une laparotomie médiane. Par ce moyen, nous voyons dans le petit bassin l'anse oméga extrêmement distendue et au-dessous d'elle un volvulus, de la fin de l'S iliaque. Pour détordre le volvulus, j'éviscère tout l'intestin ; le volvulus siège sur la fin de l'S iliaque et a comprimé la face antérieure du rectum. Je peux faire la détorsion du volvulus. Mais l'intestin restant très distendu encore malgré cela et ne pouvant être rentré dans le ventre, j'incise cet intestin sur une longueur de 1 cm 1/2 : il sort une quantité considérable de matières et de gaz. L'intestin s'affaisse et après suture de l'incision intestinale je rentre facilement le tout. Les suites opératoires ont été parfaites et quinze jours après le malade était guéri.

Partant de cette observation, je voudrais insister sur trois points :

1° Dans ces cas d'obstruction intestinale, il faut faire de larges incisions abdominales et éviscérer une grande partie de l'intestin. On se rend ainsi compte de l'obstacle et on le traite facilement.

2° L'incision intestinale évacuatrice que nous avons pratiquée est excellente et utile pour aller vite ; elle permet de rentrer facilement l'intestin.

3° Après la détorsion du volvulus, il peut être utile de fixer l'anse colique à la paroi pour empêcher la récidive. M. Roux, de Lausanne, a pratiqué cette fixation deux fois pour deux récidives.

M. HARTMANN, de Paris. Il y a 15 jours, nous avons opéré un malade presque identique à celui de M. Michaux.

L'étranglement datait de six jours. L'anse était très distendue, et la distension portait sur l'anse volvulée. Je fis la détorsion du volvulus en dehors du ventre, ce qu'il faut toujours faire. Pour rentrer ensuite l'intestin, je mis simplement une canule dans l'anus, vidant ainsi le contenu de l'anse.

Résultats de l'examen de dix mille observations recueillies à la consultation des bandages au Bureau central, du 4 février 1881 au 11 août 1884. — M. BERGER, de Paris. Chargé de la consultation des bandages au Bureau central, en 3 ans et demi j'ai receuilli moi-même l'observation de tous les sujets qui se sont présentés à la consultation des bandages ; le dépouillement de ces 10,000 observations m'a conduit à des constatations, sur bien des points absolument opposées à celles qui ressortent de la statistique de Malgaigne, de celle de la Société des bandages de Londres et à des notions que l'on considère généralement comme acquises. Ce sont ces chiffres que j'apporte au Congrès de chirurgie ; je puis en affirmer l'exactitude rigoureuse.

Si mes recherches ne comportent pas de conclusions proprement dites, leurs résultats principaux peuvent se résumer dans les propositions que voici :

I. — *Fréquence générale des hernies.* — A. *Suivant les sexes* : 7,433 cas de hernies observés dans le sexe masculin 2,534 cas dans le sexe féminin, donnent la proportion de 3 à l'unité pour la relation des sujets masculins aux sujets féminins atteints de hernies.

B. *Suivant les variétés de hernies* : — *Hernies inguinales* : Dans le sexe masculin, 96 0[0 des sujets de tout âge qui présentent des hernies simples ou multiples sont atteints de hernies inguinales.

2° Sur 6,220 cas de hernies inguinales observées chez l'homme, 4,526 étaient des hernies inguinales doubles, 1,042, des hernies inguinales simples ; — la hernie inguinale

double est donc à la hernie inguinale simple, chez l'homme, comme 4,34 est à l'unité. Ce résultat est en contradiction absolue avec ceux de toutes les autres statistiques de hernies : il résulte des chiffres que j'ai établis que *dans l'immense majorité des cas, la hernie inguinale est un processus double évoluant simultanément ou successivement des deux côtés sur le même sujet.*

3° Les hernies inguinales droites sont aux hernies inguinales gauches comme 1,46 est à l'unité.

4° En cas de hernies inguinales doubles, dans la majorité des cas, 42,2 0[0 chez l'adulte, 65,03 0[0 chez l'adolescent, les hernies droite et gauche ont le même volume.

Quand les hernies sont inégales, c'est le plus souvent la hernie droite qui l'emporte en volume.

5° Les hernies inguinales de gros ou de moyen volume sont d'une observation bien plus commune que les petites; cela est surtout manifeste pour les hernies simples, ce qui permet d'affirmer qu'un grand nombre de petites hernies unilatérales échappent à l'examen et que, par conséquent, la prépondérance numérique des hernies inguinales doubles sur les hernies simples est un peu moins élevée en réalité qu'elle ne le paraît dans la statistique.

6° Il est impossible, par l'examen sur le vivant, d'arriver à reconnaître dans tous les cas l'origine *congénitale*, c'est-à-dire péritonéo-vaginale d'une hernie inguinale. Je n'ai pu constater avec certitude que 479 cas de hernies inguinales congénitales, 216 au-dessus, 263 au-dessous de 15 ans, dont 163 compliqués d'ectopies testiculaires et 48 d'autres malformations également congénitales.

Le côté droit présente une prédisposition manifeste pour la hernie congénitale, qui est très rarement bilatérale. Les hernies congénitales de la variété vaginale funiculaire, qui sont très nombreuses, sont impossibles à distinguer des hernies acquises.

7° Nous n'avons aucun moyen de distinguer d'une manière certaine, sur le vivant, les hernies inguinales directes de celles qui appartiennent à la variété oblique externe.

8° Dans le sexe féminin, la hernie inguinale simple ou double, seule ou associée à d'autres hernies, s'observe sur 44,6 pour 100 des sujets de tout âge atteints de hernie : la hernie inguinale simple est environ 3 fois plus commune que la double dans l'enfance, 2 fois plus fréquente seulement dans l'adolescence et l'âge adulte.

9° *La hernie crurale* est rare dans le sexe masculin; elle ne se rencontre que chez 6,6 pour 100 des sujets atteints de hernies, et elle est le plus souvent associée à d'autres hernies, presque toujours à des hernies inguinales. La hernie crurale double présente à peu près la même fréquence que la crurale simple : elle est relativement peu commune. La hernie crurale droite s'observe un peu plus souvent que celle du côté gauche.

10° Dans le sexe féminin, la hernie crurale ne se rencontre que sur 37,1 pour 100 des sujets atteints de hernie; *elle est donc moins fréquente que la hernie inguinale* : le soin que j'ai mis à établir avec certitude le diagnostic dans tous les cas, permet de donner le résultat comme certain : le rapport de fréquence de la hernie inguinale à la hernie crurale est comme 1,35 est à l'unité. La hernie crurale dans un certain nombre de cas s'échappe directement *en avant* des vaisseaux fémoraux.

11° La combinaison d'une hernie inguinale avec une hernie crurale du côté opposé est assez commune, surtout dans le sexe masculin : l'association la plus ordinaire est celle de la hernie crurale droite avec l'inguinale gauche. Ces faits, comme les suivants, sont presque toujours méconnus ou faussement interprétés par les bandagistes et même par les médecins.

12° La coexistence uni ou bilatérale d'une hernie inguinale et d'une hernie crurale siégeant du même côté et formant une même tumeur herniaire constitue le plus souvent la lésion que j'ai décrite sous le nom de *distension de l'aine*. Elle est beaucoup plus commune dans le sexe masculin où j'en ai observé 207 cas, que chez la femme où je n'ai pu en rencontrer que 19 exemples. La distension de l'aine peut être simple (ce qui est très rare, je ne l'ai rencontrée que 9 fois), double (86 cas chez l'homme) ou associée à une autre hernie siégeant du côté opposé. La combinaison la plus commune est celle de la distension droite avec une hernie inguinale gauche (hernie inguinale double, crurale droite, 69 cas).

13° La *hernie ombilicale*, dans le sexe masculin, représente 5,46 0/0 des hernies existantes seulement; 27,34 0/0 chez la femme. Au-dessus de 15 ans, chez l'homme, la hernie ombilicale est presque toujours accompagnée d'autres hernies (119 cas sur 134); au-dessous de cet âge elle coexiste avec une ou deux hernies inguinales dans un peu moins de la moitié des cas. Elle s'observe preque toujours seule chez la femme. Chez l'enfant elle s'associe souvent, dans l'un et l'autre sexe, à l'*éventration sus-ombilicale*.

(*A suivre*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 janv. 1896. — Présidence de M. Th. Anger.

Injections intra-veineuses de sérum comme traitement de l'infection péritonéale grave. — M. Michaux. Dans un cas d'énorme fibrome chez une femme grasse diabétique, à la suite d'une hystérectomie vaginale par morcellement, survint vers le troisième jour un abaissement de température, présentant tous les symptômes de la septicémie intestino-péritonéale. Je fis alors une injection de 1000 gr. de sérum dans la veine à 39°. La température de 35,5 remonte à 38 et le pouls filiforme et incomptable reprenait de la force. Sous l'influence de l'injection, l'amélioration fut rapide et sauf quelque abcès péri-phlébitiques et une phlébite la guérison fut obtenue. Chez une autre malade le même résultat fut obtenu par deux injections l'une de 1000, l'autre de 1500 gr. dans les veines. Ces deux faits ont été absolument probants.

J'ai eu recours au même procédé chez 15 malades d'état grave et toujours j'ai obtenu un relèvement de l'état général et toujours d'excellents résultats.

J'ai eu un très petit nombre d'accidents. Vomissements séreux, sensations spéciales de liquides qui passent dans le cou, dans la tête. J'ai eu une malade qui est morte d'embolie pulmonaire, mais je l'attribue à l'état septique dans lequel se trouvait la malade.

Il faut cependant ajouter à ce moyen tous ceux que l'on a à sa disposition, et si j'ai fait quelques injections dans le tissu cellulaire, je dois dire que j'en ai eu aussi d'excellents résultats.

Les injections intra-veineuses sont des moyens des plus

énergiques et il y aurait à élargir le débat et à viser dans leur ensemble tous les moyens que l'on peut avoir à sa disposition pour combattre la septicémie intestino-péritonéale.

M. Monod. J'ai eu 7 cas avec 4 morts et 3 guérisons. Il s'agissait de cas très graves. Dans tous, même le cas de morts, l'injection a toujours eu un résultat merveilleux. D'ordinaire on a injecté 1000 à 1500 grammes par injections, c'est-à-dire 2 à 3 litres par 24 heures. Les indications peuvent être doubles, choc et hémorrhagie ou infection. Mes cas se rapportent à la première cause.

M. Routier. J'ai eu recours à cette méthode en 1888. Chez une malade qui avait perdu beaucoup de sang des symptômes de septicémie apparurent. Juhel-Rénoy me conseilla de faire une transfusion. J'injectai 600 grammes de serum artificiel d'Hayem. La malade vécut deux ou trois heures de plus, mais le succès fut problématique.

Un cas d'antéversion des dents. — M. Félizet lit un rapport sur un travail du Dr Gaillard, dentiste de Saint-Antoine.

Un cas d'occlusion intestinale par enroulement du mésentère et volvulus. — Communication de M. Mignon (du Val-de-Grâce).

Anévrysmes du creux poplité. Ligature par la méthode d'Anel. — Présentation par M. Schwartz.

Elections. — Au cours de la séance, M. Monod, à l'unanimité, est nommé président.

M. Delens est nommé vice-président à l'unanimité.

MM. Quénu et Nélaton sont nommés secrétaires annuels.

P. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement des engelures. — Voici quelques formules pour le traitement des engelures :

1° Baigner les mains dans une décoction de feuilles de noyer;

2° Frictionner les engelures à l'alcool camphré;

3° Les saupoudrer ensuite avec :

Salicylate de bismuth . . . . 10 grammes
Amidon . . . . . 90 —
M. S. A.

4° Pour calmer les démangeaisons du soir, si elles sont trop vives, frictionner avec :

Glycérine . . . . . } ââ 50 grammes.
Eau de roses . . . . }
Tanin. . . . . 10 centigr.
M. S. A.

Poudrer ensuite avec la poudre précédente.

Engelures ulcérées. — Les envelopper de feuilles de noyer ramollies dans l'eau chaude. (Besnier.)

Après avoir trempé les mains dans la décoction de feuilles de noyer et avoir frictionné les engelures avec l'alcool camphré, appliquer la pommade suivante :

Camphre pulvérisé. . . . . 50 centigr.
Oxyde de zinc. . . . . } ââ 1 gramme.
Baume du Pérou. . . . }
Vaseline. . . . . 30 —
M. S. A. (Le Gendre.)

Alun. . . . . } ââ 5 grammes.
Borax. . . . . }
Eau de rose. . . . . 300 —
M. S. A. (Liebreich.)

Nitrate d'argent . . . . . 1 gramme.
Eau distillée . . . . . 150 —
M.

Iodure de potassium. . . } ââ 1 gramme.
Chlorhydrate d'ammoniaque. . . . . }
Alcool camphré . . . . . 40 —
M. S. A. (Brocq.)

Ensuite faire deux ou trois fois par jour, sur les engelures, des onctions légères avec une des préparations suivantes :

Extrait de saturne. . . . } ââ 30 grammes.
Alcool camphré . . . . } (Mialhe.)
Acide chlorhydrique. . . . . 2 grammes.
Axonge . . . . . } ââ 15 —
Pommade camphrée. . . }
M. S. A. (Carrié.)

Acide phénique pur . . . . . 1 gramme.
Iode pur . . . . . } ââ 2 —
Tanin pur . . . . . }
Cérat . . . . . 50 —
M. S. A.

Nitrate d'argent . . . . . 10 centigr.
Pommade rosat . . . . . 10 grammes.
M. S. A.

Térébenthine. . . . } ââ 10 grammes.
Cire jaune . . . . . }
Pétrole. . . . . }
M. S. A.

Huile camphrée . . . . . 2 grammes.
Lanoline . . . . . 20 —
M. S. A.

Graisse de bœuf . . . } ââ 25 grammes.
Oxyde de fer . . . . }
Oxyde noir de fer. . . } ââ 3 —
Essence de térébenthine. }
Essence de bergamote . . . . 20 centigr.
M. S. A. (Brocq.)

Pour la face, prescrire une des quatre dernières formules.

Engelures ulcérées. — Lotions avec le vin aromatique, la liqueur de Van Swieten, l'alcool camphré.

Onctions avec une des préparations suivantes.

Acide phénique. . . . . 25 centigr.
Liniment oléo-calcaire. . . . 50 grammes.
M. S. A.

Lycopode. . . . . } ââ 8 gr. 50
Tanin . . . . . }
Axonge. . . . . 15 grammes.
M. S. A.

Chlorhydrate de morphine. . . 10 centigr.
Acide borique. . . . . } ââ 1 gramme.
Oxyde de zinc. . . . . }
Vaseline pure . . . . . 15 —
M. S. A.

Emplâtre rouge de Vidal (Brocq.)

Traitement interne. — Huile de foie de morue, sirops de raifort iodé, iodo-tanique, d'odure de fer, etc. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*).

VARIÉTÉS

La Société médicale des Bureaux de Bienfaisance

Le banquet annuel de la Société a eu lieu le 27 novembre chez Marguery. La réunion comptait un grand nombre de Sociétaires, ainsi que la plupart des membres nouveaux reçus cette année au Concours, qui, suivant l'usage, avaient été gracieusement invités.

S'étaient fait excuser, MM. Beaudoin des Salles, Rotillon et Dufournier :

Au dessert, le Président, le Dr Dusseaud a prononcé l'allocution suivante :

« Messieurs et chers Collègues,

Au nom des membres qui composent la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance., je remercie nos nouveaux collègues, les lauréats des derniers concours, d'avoir bien voulu répondre à notre invitation, et leur souhaite la bienvenue.

En vous invitant à notre banquet, nous avons voulu vous montrer qu'entre nous doivent exister la plus grande sympathie et la plus ferme solidarité.

Depuis le peu de temps que vous êtes en fonctions, vous avez dû constater que la tâche que vous avez entreprise était dure et pénible, et qu'il faut toute la force d'une santé robuste et toute l'énergie d'un courage à toute épreuve pour la bien remplir. A ces qualités physiques, il faut encore joindre le bon cœur. Le médecin du Bureau de Bienfaisance doit être, en même temps que guérisseur du corps, un consolateur de l'esprit.

C'est dans la conscience du devoir accompli, l'estime de vos collègues et la reconnaissance de quelques malades que vous trouverez la récompense de vos peines.

Les soins à donner aux indigents, les mille détails que soulève cette question médicale, sont l'objet de nos constantes préoccupations. Ils ne sont pas les seuls.

Nous avons aussi à étudier tout ce qui concerne nos intérêts professionnels et ils sont nombreux et importants, aujourd'hui surtout où de nouveaux règlements vont si profondément léser notre situation matérielle et morale.

Nous n'aurons pas assez de tous nos efforts. Aussi, laissez-moi vous engager, mes chers collègues, à assister régulièrement à nos séances mensuelles et à nous apporter l'appui de vos lumières, de votre activité, de vos influences en même temps que tout votre concours.

Je lève mon verre en l'honneur de tous nos convives et je bois à la prospérité de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. »

M. de Pradel, vice-président, prend ensuite la parole en ces termes :

« Messieurs,

Ainsi que viennent de le faire remarquer bien justement nos confrères, nous sommes réunis ici dans le but de nous grouper et de joindre nos forces dans l'intérêt commun. Nous vous avons conviés à ce banquet, messieurs, dans un double but : d'abord pour faire votre connaissance, à vous, nouveau-venus dans la grande famille des médecins des Bureaux de Bienfaisance et passer un agréable moment en votre compagnie; ensuite pour vous faire connaître notre société, société toute d'union cordiale que je demande à vous présenter en quelques mots :

La Société Médicale des Bureaux de Bienfaisance, messieurs, poursuit une double tâche : elle a été fondée pour s'occuper, d'abord, des intérêts des indigents que nous avons l'honneur de soigner et le devoir de soulager dans leurs misères physiques, avec sollicitude ; en second lieu pour s'occuper aussi des intérêts du corps médical chargé de donner ses soins et son temps aux indigents.

Et jamais plus que maintenant, messieurs, les médecins du Bureau de Bienfaisance n'ont eu besoin de se réunir et de se grouper.

Vous savez quel est le nouveau régime qu'on veut leur appliquer? Jusqu'à présent l'administration de l'Assistance publique avait accordé aux médecins chargés du service à domicile une indemnité fixe, que ceux-ci avaient acceptée comme indemnité, et dont ils n'avaient pas demandé l'augmentation malgré l'augmentation réelle du nombre des indigents à soigner depuis plusieurs années.

Dans leur esprit ils ne se considéraient pas comme payés et ne demandaient pas un supplément de salaire pendant des épidémies, alors que leurs fatigues étaient doublées ; imitant en cela l'exemple des médecins des hôpitaux qui ne demandent pas à être payés suivant le nombre des malades que contiennent leurs salles et leurs services.

Aujourd'hui tout cela va être changé ; les médecins, soumis à un contrôle sérieux, seront rémunérés suivant le nombre de courses qu'ils auront fournies. Les concours qu'on nous fait passer mèneront à la visite à 80 centimes, ou à 1 fr. 25 dans les bonnes années. Voilà, messieurs, une des questions qui mérite votre attention et notre groupement: Je bois à votre entrée dans la Société. »

M. Euvrard, au nom des membres nouveaux adresse quelques paroles de remerciements, et la soirée se termine, empreinte de la plus franche cordialité.

Dr B.

NOUVELLES

Distinctions universitaires. — OFFICIERS DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. Sont nommés MM. les Drs Pasteau (de Paris); Auffret (de Rochefort,; Butte (de Paris); Caillet (de Luynes); Cancalon (de Charenton); Clary-Bousquet (de Cahors); Cruard, d'Attichy (Oise); Despagnet, Duboys de Lavigerie (de Paris); Dugenet de Bléré (Indre-et-Loire); Gérard, de Montcornet (Aisne); Larrivé (de Paris); Lissoude (de Salies-de-Béarn) ; Loignon (de Bordeaux) ; Magnant (Cinna) (de Paris); Marchandé, Martial-Lagrange, dentistes à Paris; Masbrenier (de Melun); Moris (de Rochefort); Rossi (d'Embrun); Servaux et Verdier (de Paris); de Weting (de Rouen).

MM. les pharmaciens Jolly (Léopold) (de Paris); Cabanès (de Gourdon); Croutelle (de Mantes); Poumerol (de Villers-Cotterets.

OFFICIERS D'ACADÉMIE : MM. les Drs Achalme, Adler,

Audigé, Belin, Moïse Bloch, Bonnet Bourge, Claude, Cornil, Culan, Delaunay, Depierris, Dupont, Fourrier, Gouverné Jasienski, Kœnig, Laborde, Manson, Maurel, Michelon, de Molènes, Nattier, Œttinger, Réteaud, Salmon, Soulié, Spira, L.-G. Tissier (de Paris); Aluison (d'Eurville); Bardon, médecin du collège de Brive; Bertrand (de Consenvoye); Beulard (de Villefranche); Blanc, maire de La Garde; Bonarme (de Pons); Bonnenfant (de Saint-Prouant); Borel, délégué cantonal à Chabeuil; Bouchoir (de Lorient); Boy-Teissier, médecin des hôpitaux de Marseille; A. Bron, maire de Crazannes; Burlot, inspecteur du service des Enfants assistés des Bouches-du-Rhône; Canteteau (des Sables-d'Olonne); Carrié (de Varennes); Castaing (de La-Rochelle); Chagnoleau (de Rochefort); Chaplain, délégué cantonal à Maromme; Combalat (de Marseille); Ducros (de La Réole; Deprez de Neuve-Chapelle); Font Réaulx (de Saint-Junien); Gaud (de Melle); Guiderdoni, adjoint au maire d'Allauch; Guillaume conseiller d'arrondissement à Guillestre; Komorowski, délégué cantonal à Mondoubleau; Labatut, délégué cantonal à Dax; Laurent, conseiller général à Briey; Ch. Lavielle (de Dax; Le Bouteiller, conseiller général à Valognes; Legrand (de Biarritz); Legrand, délégué contonal à Beaufort-en-Vallée; Maisonnave, conseiller général à Castets; Marie (de Dun sur-Auron); Marty (de Fleury-d'Aude); Mercat, délégué cantonal à Chateau-Renault; Monard, maire de Sains; Périgord (de Limoges); Petitjean (de Decize); Phélippot de Bordeaux); Plantin (de Suze-la-Rousse); Prévost, conseiller municipal à Pont-l'Evêque; Rauty, adjoint au maire d'Ambazac; Santelli (de l'Isle-Rousse); Steibel, conseiller d'arrondissement à Tournan; Terrien (des Essarts); Tourtelot (de Saint-Fort-sur-Gironde); Valette, conseiller d'arrondissement à Cahors; Vidal, conseiller général à Paulhaguet; Vignes, médecin de l'hôpital de Corbeil; Wurtz, médecin du collège de Compiègne.

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. Sont nommés externes les candidats suivants qui ont obtenu un total minimum de 22 points, MM.:

1. P. Duval, Lœfer, Girard, Tridon, J. Heitz, Bosvieux, Katz, Pécharmant, E. Guihal, Clavé, E. Benoit, Gadaud, Gouraud, Le Gambier, Assicot, Salomon, Mermier, Alexandre, d'Herbécourt, Grégoire;

21. Fossard, L. Legrand, Roubaud, Vivier, M. Heitz, P. Lebreton, Alquier, Legay, Bailey, Elglave, Belgrand, Bender, Decherf, Méheut, Thoyer, Bernheim, Menu, Theuveny, Vaugean, Tissot:

41. Guillain, Gueysse, Regnard, Poujade, Clerc, Loin, Guessarian, Guenot, Fresson, Poulain, Babonnix, Saurain, J. Desvaux, Balthazard, Bonfils, Larigaudry, Guéry, Chalochet, Cotar;

61. G. Picard, Hallopeau, Théohari, Bizot, Viteman, Barbin, Girbe, R. Follet, Bauny, Mauger, P.-J. Petit, Ménier, H. Millon, Minet, J. Monod, Blondin, Jeannin, P. Darbois, Bacaloglu, Troisier;

81. Coyon, de Lacroix, de Lavalette, Ballet, P. Mayer, Deck, Gaukler, Loiseau, J. Jamet, Hugé, Hivet, Courtellemont, Tardif-Bardinet, Saison, Jacques Thomas, Reynaud, C. Michaut, Dropet, Merlet, Ducroquet, Foisy;

101. Marais, Hanotte, Cels, Inglessi, Berton, Mlle Pariselle, G. Michaux, Bluysen, Schultz, Blandin, Bergouignan, Aubourg, Marcille, Leroy, Jullien, Elias, Debret, Cochemé, Duclaux, Chomet;

121. Brinon, Willard, Ungauer, Mme Romanescu, Piot, Monthus, Mlle Marein, Beaujard, Audebal, Guillermin, Grenet, Géraud, Bobo, Garoflied, Morfaux, Galca, Froussard, Bénéteau, Lobligeois, Thorel;

141. Parent, J. Vaillant, Lance, Carton, Chalmette, de Font-Réaulx, Lecœur, Degrenne, Lequeux, Letellier, Dionis du Séjour, Mlle Cohn, Cathelin, Charpentier, Vernet, Zimmern, J. Lévy, Moret, Zanelis, Robin;

161. Roy, M. Bloch, Robillard, Soulier, Robert, Henriot, Imbault, Heller, P. Renault, Rellay, Pédebidou, Bleynie, Delestre, J. Gagey, Giffard, H. Dubois, Neveu, Moureyre, Diel, Ligerot;

181. Henri Le Roux, G. Milon, Masbrenier, Detot, Decorse, Delamare, Talandier, J. Fournié, Mannoni, Manet, J.-P. Dupuy, Sabatié, Poutchkow, Kuhn, Iselin, Chaillous, Cache, Audion, Beauvy, H. Guillot;

201. Mettey, de Closmenil, Delaunay, Méret, Wagon, Genton, Picandet, Boricaud, Bertrand Marcel, Schachmann, Barrieu, Fromageot, Fossier, Dambrin, Thoizon, Sébilleau, Lagrange, Brocard, A. Boulet, Sainton;

221. Wanl, Mahal, Delherm, A. Chevallier, M. Adeline, Moulon, Pauly, Dardeau, L. Roques, Fuillot, Crotet, Lochelongue, Chalret du Rieu, Le Couëdic, L. Vaillant, Louste, Arnal, Génévrier, P. Guibal, Juquelier;

241. Lambert, Voisin, Biard, Edwards, Ganault, Duc-Dodon, C. Durand, Pourtié, Judet, Daverède, Javal, Cousin, Gottschalk, Coittier, Planchon, Léculier, Percheron, Néret, P. Mathieu, Maricot.

261. Deletré, Peaudecerf, Ruelle, Delage, Weber, Lacasse, Halgan, Zamfiresco, Artaud, Trastour, Bruder, Bodin, Bougon, Blum, M. Bloch, E. Bloch, J. Surrel, Sersiron, Forestier, Duclos.

289. Mainot, Marmasse, Guérin, Ravary, Brissart, Achille Audy, Desgranges, Mlle Mugnier, L. Renault, Reliquet, Hayem, Haret, Fachatte, M. Labussière, Martial, Lopès, Chapotin, Cailloué, Guerbé, Abrant.

301. Bousquet, Blavot, J. Andrieu, Gibert, Glaize, Thibault, Froin.

Ces externes entreront en fonctions le 1er février, les mutations des internes et externes dans les services hospitaliers étant fixées à cette date.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Le concours de l'internat des asiles vient de se terminer. Le jury était composé de MM. Bouchereau, Denis, Vallon, Marandon de Montyels, Legrain, Talamon, Chaput.

Les questions données sont : *Axe gris de la moelle*, à la composition écrite.

A l'oral : *Coliques néphrétiques* et *étranglement herniaire*. — *Diagnostic des pleurésies* et *fractures de l'extrémité inférieure du radius*. — *Cancer du rectum* et *signes et diagnostic de la rougeole*. — *Hématémèse* et *tumeur blanche du genou*. — *Signes et diagnostic de l'angine diphtérique* et *fracture de la base du crâne*.

Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : MM Truelle 46 points, Lelong 45, Bataillet 44, Janot 43, Farabeuf 43, Ameline 42, Dupau 42, Vastet de Fontaubert 41, Rodier 41, Launay 40, Hausmiller 40.

Les quatre premiers sont nommés internes titulaires, les autres provisoires.

Hopitaux de Lyon. — Par suite du décès de M. Jules Levrat, chirurgien-major de la Charité, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie.

M. Auguste Pollosson passe de l'Hôtel-Dieu à la Charité dont il devient chirurgien-major. — M. Vallas, passe de la Croix-Rousse à l'Hôtel-Dieu. — M. Jaboulay, chirurgien-major désigné, entre en fonctions à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Livon, professeur de physiologie, est maintenu pour trois ans, à dater du 27 décembre 1895, dans les fonctions de directeur.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 30 décembre 1895, ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Lepage, pour l'emploi (provisoirement) de médecin-major à l'hôpital de Bordeaux.

MM. les médecins-majors de première classe Nicaud pour l'hôpital militaire de Marseille ; Mareschal, pour l'hôpital militaire de Saint-Martin ; Pouchet, pour le 9e d'infanterie ; Passabosc, pour ordre à l'hôpital militaire de Toulouse ; Demandre, pour le 157e d'infanterie ; Boutié pour le 18e d'artillerie ; Bouchoir, pour le 28e d'artillerie ; Bassompierre pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Kleimpetter, pour le 96e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Biéchy, pour le 108e d'infanterie ; Jouanno, pour le 62e de même arme ; Gauthier, pour le 3e dragons ; Courtot, pour le 16e escadron du train ; Uffoltz, maintenu au 4e tirailleurs ; Beylier, pour le 5e chasseurs d'Afrique ; Février, pour le 4e chasseurs à cheval ; Gruson, pour le 2e bataillon d'artillerie à pied ; Fargin, pour le 14e dragons ; Chevalier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Danjou, pour l'hôpital militaire de Saint-Martin ; Lafforgue, pour le 20e d'infanterie ; Benoits, pour le 63e de même arme ; Cuche, pour le 4e hussard ; Armynot du Châtelet, pour le 92e d'infanterie.

Médecins des lycées. — M. le Dr Natier est nommé *médecin* du lycée Michelet pour les maladies des oreilles et de la gorge et *méd.-adj.* pour les mêmes maladies, dans les lycées Louis-le-Grand, Condorcet, Saint-Louis, Janson-de-Sailly, Montaigne, Charlemagne et Henri-IV. (*Arr. du 10 déc. 1895.*)

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine. — La réunion plénière du Conseil des Sociétés, qui réunit tous les membres des Sociétés médicales d'arrondissement, aura lieu le dimanche 12 janvier, à deux heures, dans une des salles de la mairie du VIe arrondissement (place Saint-Sulpice).

Journaux de médecine. — Le *Journal de nèvrologie et d'hypnologie* paraît deux fois par mois, à Bruxelles, sous la direction de M. Francotte, professeur de clinique neurologique et psychiatrique de l'Université de Liège.

Noircissement du bois. — Voici une bonne formule pour noircir, ou « ébénir » le bois, empruntée à nos amis le ébénistes moscovites qui la pratiquent avec succès :

Pyrolignite de fer à 12° B.....	500	parties.
Bisulfite de soude à 36° B.....	50	—
Acide acétique à 6° B.....	100	—
Extrait de campêche mis à 20° B.....	200	—

On mélange le tout, et l'on applique plusieurs couches suivant le degré de noircissement que l'on se propose d'obtenir.

Nécrologie. — Le Dr Dechaux, de Montluçon, décédé le 27 décembre 1895 à l'âge de 80 ans. — Le Dr Raymond, d'Eymoutiers (Haute-Vienne), reçu en 1842.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique appliquée. publié sous la direction de M. Albert Robin, de l'Académie de Médecine. — Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain. L'ouvrage sera publié en 14 fascicules environ consacrés chacun à un des grands chapitres de la pathologie. — Chaque fascicule in-8 raisin de 350 pages environ, 6 francs.

Guide pratique du diagnostic bactériologique des maladies microbiennes à l'usage des Médecins-Praticiens, par le Dr Trouessart, membre de la Société de Biologie, 1 vol. in-16, cartonné, avec 39 figures dans le texte. 4 fr. — Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de Médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup, par le Dr Jean Tsakiris. In-8° de 132 pages, avec 25 figures dans le texte. Prix : 5 francs. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Les variations de la mortalité à Paris, leur cause météorologique, avec neuf planches et quarante-sept tableaux. Prix : 3 francs. Par M. le Dr Chiais, ex-médecin de l'hôpitnl de Menton. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Précis de la vaccine et de la vaccination moderne, par le Dr Martial Hublé médecin-major de l'armée, etc. Prix des deux volumes, cartonnés à l'anglaise, 6 francs, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

VIN ARQUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.**

PHTHISIE, BRONCHITE, CATARRHES traités par l'*Emulsion Marchai* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — **Anémie, chlorose** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat